



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

El cual se regirá por las cláusulas que aparecen después del correspondiente índice.

ÍNDICE

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES.	2		
Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO.	3		
Cláusula 3. ÁMBITO DE COBERTURA.	3		
3.1 COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL	3		
3.2 COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	4		
3.3 COBERTURA DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y DE AMBULANCIA TERRESTRE PARA EMERGENCIAS MÉDICAS	5		
3.4 SUMA ASEGURADA	5		
3.5 EXCLUSIONES	6		
3.6 DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA	7		
3.7 ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA	8		
Cláusula 4. BENEFICIARIOS.	8		
Cláusula 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.	8		
5.1 OBLIGACIONES DEL TOMADOR	8		
5.2 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO	9		
5.3 OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS	9		
5.4 OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO	9		
5.5 OMISIÓN Y/O INEXACTITUD	9		
5.6 LEGITIMACIÓN DE CAPITALS	9		
Cláusula 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA.	10		
6.1 PRIMA O TARIFA DE SEGURO	10		
6.2 LAS PRIMAS Y SU PAGO	10		
6.3 PERÍODO DE GRACIA	11		
6.4 DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	11		
Cláusula 7. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE SINIESTROS	11		
7.1 PLAZO DE RESOLUCIÓN Y REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO	11		
a. REQUISITOS GENERALES	11		
b. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL	11		
c. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL	12		
d. COBERTURA DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y DE AMBULANCIA TERRESTRE PARA EMERGENCIAS	12		
7.2 DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO	12		
Cláusula 8. VIGENCIA PRÓRROGA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.	12		
8.1 VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA	12		
8.2 VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO	13		
8.3 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA	13		
8.4 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO	13		
Cláusula 9. CONDICIONES VARIAS.	14		
A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	14		
B. ELEGIBILIDAD	14		
C. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DE SEGURO	14		
D. REGISTRO DE ASEGURADOS	14		
E. PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL	14		
F. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO	15		
G. RECONOCIMIENTO AL TOMADOR E INTERMEDIARIO DE SEGUROS	15		
H. TRASPASO O CESIÓN	15		
I. PRESCRIPCIÓN	15		
J. LEGISLACIÓN APLICABLE	15		
K. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA	15		
L. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA	15		
M. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES	15		
N. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	16		
O. CONTROVERSIAS	16		
P. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES	16		



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

COMPROMISO DE ASEGURADORA COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS Filial IS-CR S.A.

Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A., cédula jurídica número 3-101-619800, debidamente representada por su Apoderado General, mediante la presente hace constar que en caso que se produzca un Evento cuyo riesgo este cubierto, se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en esta Póliza, la cual está conformada por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares o Carátula y el Certificado Individual de Seguro, así como cualquier enmienda o modificación registrada y autorizada por la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE").

Matilde Asturias Ekenberg
Apoderado General

Cláusula 1. DEFINICIONES GENERALES.

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las definiciones que se establecen a continuación:

- 1. ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un Médico. **Igualmente, y para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración NO se considera Accidente el Suicidio o el SIDA.**
- 2. AMBULANCIA:** Es el vehículo que se utiliza como medio de transporte terrestre de emergencia, especializado, destinado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades.
- 3. ASEGURADO:** Persona que está cubierta por esta póliza y debidamente registrada en el Certificado de Cobertura de la misma.
- 4. CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, lesión o dolencia que existía antes de la inclusión del Asegurado. Incluye aquellas sobre las cuales se presentaron síntomas, se recibió tratamiento o cuidado, así como las diagnosticadas o en proceso de diagnóstico al momento de incluirse en esta póliza o de un aumento de suma asegurada por el cambio de plan.
- 5. GRUPO ASEGURABLE:** Todas las personas físicas que reúnen individualmente los Requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza.
- 6. GRUPO ASEGURADO:** Todas las personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Aseguradora, se haya pagado su primera Prima dentro del Período de Gracia y que aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza.
- 7. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado igual o superior a un sesenta y cinco por ciento (65%) de manera permanente, que definitivamente le impide desempeñar de forma lucrativa o de remuneración, una profesión, actividad u oficio. **Debe haberse producido exclusivamente como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado**, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de este contrato, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación y a causa de un Accidente de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable del Asegurado. El porcentaje de la incapacidad deberá ser definido por un Médico especialista el cual utilizará los parámetros de la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

Rica, según se establece en la Ley No. 6727 de 24 de marzo de 1982, publicada el periódico oficial La Gaceta No. 57 del 24 de marzo de 1982 (Costa Rica). La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica ("CCSS").

- 8. MULTIPLICADOR (FACTOR):** Factor o número por el cual se multiplicará el valor del Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito del Asegurado para obtener la Suma Asegurada al momento del fallecimiento del Asegurado por causa Accidental, dentro de los límites y en las condiciones establecidas en este documento.
- 9. CÓNYUGE O CONVIVIENTE:** Persona unida legalmente en matrimonio con el Asegurado o que mantiene con este una unión de hecho reconocida conforme a la ley.
- 10. PRIMA:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro a la Aseguradora por cada Asegurado, en contraprestación por la cobertura de riesgo objeto de la presente Póliza.
- 11. SALDO EN LA CUENTA BANCARIA O TARJETA DE CRÉDITO:** Para efecto del presente documento es la suma que al momento del fallecimiento del Asegurado por causa accidental aparece a su favor en los registros oficiales del Tomador en la Cuenta corriente o de ahorros del Asegurado, igualmente es el valor adeudado por el Asegurado como tarjetahabiente de una Tarjeta de Crédito al Tomador de la Póliza, y que se encuentra registrada en el Certificado Individual de Cobertura del Asegurado. Para los efectos de la presente Póliza, para que el Saldo de la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito se tenga como válido, éste debe de ser certificado por el contador público autorizado del Tomador de la Póliza como saldo contable debidamente acreditado al momento del fallecimiento del Asegurado.
- 12. SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida decretado médicamente, cuyo agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente, y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
- 13. SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho futuro, incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Aseguradora al pago de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares y en el Certificado Individual de Cobertura de la presente Póliza.
- 14. SUICIDIO:** Acción o conducta voluntaria para terminar con su propia vida, que será determinada como tal por la autoridad judicial competente.
- 15. TOMADOR:** Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Aseguradora y que es responsable ante la Aseguradora por el pago de la totalidad de las primas del Grupo Asegurado.

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO.

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Certificado Individual de Cobertura. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos, prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

Cláusula 3. ÁMBITO DE COBERTURA.

3.1 COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL

En caso de que el Asegurado fallezca por o en un Accidente, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, una suma igual al Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito personal del Asegurado registrada en el Certificado Individual de Cobertura, multiplicado por el "factor de multiplicación" definido en el mismo Certificado Individual de Cobertura según el plan contratado por el Asegurado. El Saldo de la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito que se utilizará como referencia, debe de ser certificado por el contador público autorizado del Tomador de la Póliza, con el saldo contable debidamente acreditado al momento del fallecimiento del Asegurado.

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

La presente Cobertura estará limitada la Suma Asegurada mínima y máxima establecidas expresamente en el Certificado Individual de Cobertura.

Esta Cobertura la pagará la Aseguradora a los Beneficiarios, siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el evento generador del fallecimiento del Asegurado haya sido en forma directa un Accidente, que el Accidente ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido. Para efectos de la presente Póliza, se entenderá como Fallecimiento por Muerte Accidental aquel que ocurra durante la vigencia de la Póliza y a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente generador del fallecimiento. **En todo caso, la Aseguradora descontará de la suma a pagar por esta Cobertura cualquier adelanto realizado al Asegurado como resultado del mismo Accidente y por conceptos relacionados con cualquier cobertura o beneficio adicional contratado.**

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente la CLÁUSULA de "PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE SINIESTROS" establecida en la presente Póliza.

3.2 COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total y Permanente, debidamente diagnosticada por un Médico especialista, la Aseguradora le ADELANTARÁ al Asegurado de la Cobertura Básica de Fallecimiento por Causa Accidental, una suma igual al valor del Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito personal del Asegurado registrada en el Certificado Individual de Cobertura, multiplicado por el "factor de multiplicación" definido en el Certificado Individual de Cobertura según el plan contratado por el Asegurado. El Saldo de la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito que se utilizará como referencia, debe de ser certificado por el contador público autorizado del Tomador de la Póliza como el saldo contable debidamente registrado al momento del Accidente que produjo la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.

La presente Cobertura estará limitada a la Suma Asegurada mínima y máxima establecidas expresamente en el Certificado Individual de Cobertura.

Esta Cobertura la pagará la Aseguradora, mediante cuatro (4) pagos trimestrales iguales y consecutivos, debiendo realizarse el primer pago al cumplirse tres (3) meses de diagnosticada la Incapacidad Total y Permanente y siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el evento generador de la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado haya sido en forma directa un Accidente, que el Accidente ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido. Una vez la Aseguradora haya pagado el cien por ciento (100%) de esta indemnización, se cancelará automáticamente la totalidad del seguro para el Asegurado afectado.

Para que el pago de la presente cobertura proceda, el Asegurado deberá continuar en la misma condición de Incapacidad Total y Permanente en la fecha en que corresponda realizar cada uno de los cuatro (4) pagos correspondientes a esta Cobertura. **Si el Asegurado fallece durante el período de pago de las mencionadas cuotas trimestrales, la Aseguradora procederá al pago de la cuota o cuotas restantes para esta Cobertura a los Beneficiarios Designados por el Asegurado y terminará el seguro para todas las coberturas.**

En caso de Siniestro, el Asegurado o su representante deberá completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE SINIESTROS establecido en la presente Póliza para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente, y siempre que el Asegurado permanezca vivo e incapacitado total y permanentemente durante el período en el que procede el pago de los cuatro (4) pagos.



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

3.3 COBERTURA DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y DE AMBULANCIA TERRESTRE PARA EMERGENCIAS MÉDICAS

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado, su cónyuge/conviviente o sus hijos dependientes menores de veintiún (21) años que vivan permanentemente con el Asegurado, contarán con los siguientes servicios:

1. **Servicio de Orientación Médica Telefónica:** Este servicio será ilimitado durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que el Asegurado pueda plantear sus consultas sobre alguna dolencia o padecimiento. Queda entendido que el servicio se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Los gastos en que incurra el Asegurado correrán por su cuenta.
2. **Servicio de Referencias Médicas:** En caso que el Asegurado requiera **información de contacto** de profesionales en medicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales, previa solicitud telefónica, la Aseguradora proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando la Aseguradora cuente con la información de los prestadores de servicios requeridos por el Asegurado. Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de cita y costos, correrán por cuenta propia del Asegurado, así mismo los honorarios del médico que atienda al Asegurado y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el Asegurado con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. La Aseguradora únicamente se limita a proporcionar al Asegurado las referencias de contacto de los profesionales en medicina definidos en el primer párrafo, en los términos aquí precisados, sin que dichas referencias constituyan ningún tipo de aval o recomendación por parte de la Aseguradora.
3. En caso que el Asegurado sufra un Accidente o Emergencia Médica, la Aseguradora gestionará uno de los siguientes servicios o asistencias en caso que el Asegurado así lo solicite:
 - i. **Atención médica a domicilio por un Médico general.** Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) visitas médicas a domicilio durante el año de vigencia de la Póliza. El tiempo de respuesta para este tipo de atención médica dependerá de la disponibilidad de los médicos generales, así como la ubicación geográfica del Asegurado, por lo cual deberá consultar previamente el tiempo estimado de atención.
 - ii. **Traslado Médico Terrestre Por Accidente o Emergencia Médica:** En caso que el Asegurado sufra un Accidente provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas requieran hospitalización, o tenga alguna emergencia médica derivada de una enfermedad grave y repentina, la Aseguradora -previa autorización- gestionará y cubrirá el servicio de traslado privado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, dentro del territorio de la República de Costa Rica, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, la Aseguradora coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) servicios de traslado médico terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

3.4 SUMA ASEGURADA

La suma a indemnizar al momento del fallecimiento del Asegurado por una causa accidental, será igual al Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito personal del Asegurado registrada en el Certificado Individual de Cobertura, multiplicado por el "FACTOR DE MULTIPLICACIÓN" definido en el mismo Certificado Individual de Cobertura y según el plan contratado.

La Suma Asegurada máxima y la Suma Asegurada mínima para cada Cobertura es definida por el Tomador de la Póliza para cada uno de los planes contratados, y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza y en los correspondientes Certificados Individuales de Cobertura.

Cada plan acordado, según se establece en el Certificado Individual de Cobertura, entre el Tomador de la Póliza y la Aseguradora incluirá la Suma Asegurada máxima y la Suma Asegurada mínima para cada Cobertura, el valor de la Prima Anual, el valor de la Prima Mensual, y el Factor de Multiplicación que se aplicará sobre el Valor del Saldo en la Cuenta al momento del fallecimiento o de presentarse la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

De cualquier forma, la Suma Asegurada máxima para un mismo Asegurado, para el agregado de todas las coberturas que tenga bajo esta u otras pólizas Colectiva de Accidentes Personales Saldo Multiplicado, en ningún caso podrá exceder al valor equivalente a la suma máxima asegurada establecida para la Cobertura en el Certificado Individual de Cobertura con el valor más alto vigente para el Asegurado.

Así mismo, cuando el Asegurado fallezca de forma accidental o sufra una incapacidad Total y Permanente por causa accidental, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios de la Póliza como mínimo la suma mínima asegurada establecida para la Cobertura Básica de Fallecimiento por Causa Accidental establecida en el Certificado Individual de Cobertura vigente para el Asegurado, pero en caso que el Asegurado al momento de su fallecimiento por causa accidental mantenga varias coberturas vigentes bajo esta u otra(s) póliza(s) Colectiva(s) de Accidentes Personales Saldo Multiplicado, la Aseguradora reconocerá únicamente el valor equivalente a la suma máxima asegurada establecida para la Cobertura Básica de Fallecimiento por Causa Accidental en el Certificado Individual de Cobertura vigente y con mayor suma asegurada máxima para esta cobertura.

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por Siniestros acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las Condiciones Generales de la Póliza.

3.5 EXCLUSIONES

Se entenderá que no existe cobertura y por ende obligación por parte de la Aseguradora cuando el Accidente del Asegurado sea causado por, durante o como consecuencia de:

- a. **Una enfermedad de cualquier tipo o clase.**
- b. **Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de solicitar su inclusión como Asegurado; o la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico, con anterioridad a la fecha de la solicitud de inclusión del Asegurado a la Póliza.**
- c. **Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.**
- d. **Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.**
- e. **Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica, o producidas por los Rayos X, Gamma, alfa, beta, láser, por exposición al Radio (Ra), Uranio (U), Francio (Fr), Plutonio (Pu), o a cualquier materia radioactiva similar, rayos catódicos o similares, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos.**
- f. **SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.**
- g. **Suicidio o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.**
- h. **La ejecución del Asegurado en cumplimiento de condena a pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, incluyendo la violación de una norma, mandato o Ley en calidad de autor o cómplice.**
- i. **La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;**
- j. **Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.**
- k. **Acciones realizadas por o bajo los efectos de la malaria, fiebre intermitente, tifus exantemático, fiebre amarilla o similares, ataque de epilepsia, síncope, enfermedad del sueño, trastorno del sueño,**



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

parasomnia, sonambulismo o noctambulismo, o los efectos que sobrevengan al Asegurado debido a su perturbación mental.

- l. Infección bacteriana.**
- m. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.**
- n. Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.**
- o. La realización o participación en una de las siguientes actividades o deportes: minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, navegación en submarinos, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta, parapente, monta a caballo, equitación, justas hípicas, toreo público o privado, artes marciales, boxeo, lucha libre o grecorromana, tiro al blanco o cacería con arma de fuego o de aire comprimido, o tiro al blanco o cacería con arco, surfing o deslizamiento en tabla sobre olas marinas o nieve, esquí acuático o de nieve.**
- p. Viaje en cualquier vehículo para navegación, aérea o artefacto mecánico para los mismos fines, o al caerse del mismo o dentro del mismo o mientras estuviese operando o manejando tal vehículo o artefacto, a menos que, al ocurrir el Accidente, el Asegurado viajare como pasajero con boleto pagado, en avión de una compañía comercial debidamente autorizada y en viaje de itinerario entre aeropuertos establecidos.**
- q. Su participación como piloto o como pasajero en prácticas o carreras de velocidad o de resistencia, o concursos en vehículos a motor en tierra, mar o aire, sean estas legales o ilegales.**
- r. Su participación en competencias de apnea, estrangulamiento o ahorcamiento de cualquier tipo y de cualquier parte de su cuerpo, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.**
- s. Su participación en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**
- t. Su participación en cualquier disciplina deportiva en calidad de profesional.**
- u. La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, guarda de seguridad, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo sean estos a sueldo o de forma voluntaria.**
- v. Intoxicación o envenenamiento por ingesta de productos químicos, naturales o artificiales para el mantenimiento de desórdenes en la alimentación tales como pero no limitados a: bulimia, dibulimia, anorexia, ortorexia, vigorexia o megarexia.**
- w. El desempeño de su trabajo en fábricas, depósitos o almacenes de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos, u otras donde se utilicen sustancias combustibles, gasolina, tóxicas del petróleo o gas.**
- x. Realización de labores de fumigación agrícola aérea o terrestre.**
- y. Acciones en las que por sentencia judicial en firme se haya declarado a uno de los beneficiarios o herederos legítimos como homicida del Asegurado.**

De ocurrir un siniestro por alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura, y por ende se producirá la terminación del seguro para el Asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Aseguradora. Conforme a lo anterior, y por su naturaleza colectiva, esta Póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás asegurados que forman parte del grupo asegurado.

3.6 DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Aseguradora de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de suma asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

3.7 ALCANCE TERRITORIAL DE LA COBERTURA

Las coberturas garantizan al Asegurado protección en todo momento y lugar, tomando en cuenta las exclusiones y limitaciones que se expresan en esta Póliza.

Cláusula 4. BENEFICIARIOS.

El Asegurado tiene derecho a designar Beneficiarios para las coberturas de esta Póliza. En caso de que el Asegurado fallezca antes del pago de la indemnización correspondiente a esta Póliza, el Asegurado acepta en el Certificado Individual de Cobertura que en caso de que no designe expresamente a sus Beneficiarios, dicha indemnización será pagada a favor de los herederos del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- 1) A su cónyuge o conviviente en unión de hecho. En caso de separación legal o de hecho del cónyuge o conviviente, este no tendrá derecho a recibir indemnización;
- 2) A falta de Beneficiario establecido en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos del Asegurado;
- 3) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los padres del Asegurado;
- 4) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos y demás ascendientes legítimos del Asegurado;
- 5) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos del Asegurado;
- 6) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos;
- 7) En caso de no existir ninguno de los Beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

Cuando los Beneficiarios deban determinarse mediante un proceso sucesorio, el reclamo podrá presentarlo cualquier interesado, según los términos anteriores, no obstante, el pago respectivo quedará en suspenso hasta que se resuelva lo correspondiente en dicho proceso.

Advertencia: En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque la legislación civil previene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considera al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Cláusula 5. OBLIGACIONES DE LAS PARTES.

Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente Póliza y la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador, Asegurado y Beneficiarios, tendrán las siguientes obligaciones:

5.1 OBLIGACIONES DEL TOMADOR

1. Recaudar y/o pagar la Prima de la totalidad de Asegurados dentro de los plazos establecidos;
2. Elegir la Suma Máxima Asegurada;
3. Será responsable de enviar dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el registro de Asegurados con la nueva información:
 - Lista de nuevos ingresos al grupo asegurado, remitiendo las respectivas solicitudes de inclusión como Asegurados, en las que deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, suma asegurada, cuenta bancaria o tarjeta de crédito o débito vinculada al seguro.



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

- Lista de los Asegurados para los cuales el Tomador ha solicitado la baja definitiva del grupo asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurado;
- 4. Colaborar con la Aseguradora en transmitir las comunicaciones a los Asegurados y las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.
- 5. Deberá declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente pueda considerar relevantes en la valoración del riesgo y en la presentación de siniestros
- 6. En caso de que exista la figura de intermediario de seguros, el Tomador deberá informarles a los Asegurados sobre la participación del mismo, si se tratase de una sociedad corredora de seguros deberá aclararles si actúan como asesores con contraprestación de honorarios asumida por el mismo Tomador, así como el detalle de sus obligaciones y responsabilidades.
- 7. En caso de que la inclusión del Asegurado en esta Póliza colectiva ocurra con ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, el Tomador deberá especificarse de manera clara y precisa si la contratación de la Póliza es obligatoria u opcional para los miembros del grupo asegurable.
- 8. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.

Si como consecuencia del incumplimiento del Tomador de algunas de las funciones descritas, el Asegurado sufre un daño, el Tomador deberá resarcir los daños y perjuicios ocasionados. La Aseguradora podrá asumir primero la indemnización de la pérdida al Asegurado; y en ese caso, el Tomador deberá reembolsar a la Aseguradora la indemnización realizada.

5.2 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

1. Pagar la Prima cuando se establezca bajo la modalidad contributiva;
2. Deberá declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo y en la presentación de siniestros;
3. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

5.3 OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

1. En caso de siniestro, completar los requisitos establecidos para presentar reclamos en caso de siniestro de la presente Póliza.
2. Colaborar con la Aseguradora en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.
3. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza o la normativa aplicable.

5.4 OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

Tanto el Tomador como el Asegurado están obligados a declarar de forma completa y veraz a la Aseguradora todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo.

5.5 OMISIÓN Y/O INEXACTITUD

Si el Tomador o Asegurado incurre en omisión o inexactitud en la declaración del riesgo, se procederá conforme lo que indica la Ley Reguladora del Contrato de Seguros en su artículo 32.

5.6 LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador y Asegurado se compromete con la Aseguradora, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario Conozca a su Cliente el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Aseguradora solicite la colaboración para tal efecto.



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

Cláusula 6. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PRIMA.

6.1 PRIMA O TARIFA DE SEGURO

La Prima o Tarifa de Seguro que se establece para cada Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. El valor de la prima de cada Asegurado, al momento de incluirse al seguro o en cada prórroga, será determinado por el grupo etario al cual pertenezca, dicha verificación se realizará con la fecha de nacimiento indicada por el Asegurado en el Certificado Individual de Cobertura. La Aseguradora podrá ajustar el valor de la prima cuando el Asegurado supere la edad límite de cada grupo etario tal y como se establece a continuación y en el Certificado Individual de Cobertura. No se trata de un recargo en la prima sino de tarifas niveladas por grupos etarios.

Grupo Etario	Porcentaje de ajuste a aplicar sobre la prima del grupo etario anterior
Entre 65 a 74 años de edad.	Hasta un 500% dependiendo del plan Contratado
A partir de 75 años de edad.	Hasta un 150% dependiendo del plan Contratado

En la fecha en la que corresponda la prórroga de la Póliza, la Aseguradora podrá modificar las primas aplicables a esta Póliza, dando aviso al Tomador con al menos treinta (30) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la misma. Una vez que el Tomador reciba la notificación de la modificación a la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción. En caso de que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la tarifa del seguro.

6.2 LAS PRIMAS Y SU PAGO

Si la Modalidad del Pago de la Prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como Contributiva, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la Prima que cada uno ha de pagar; esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura. Si la Modalidad del Pago se establece como No Contributiva, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la Prima. Sin perjuicio de la Modalidad de Pago de la Prima, la responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador.

Todo pago a realizarse por el Asegurado deberá hacerse según la forma, periodicidad y por el medio de pago automático indicados en el Certificado Individual de Cobertura. Todo a realizarse por el Tomador deberá efectuarse en la oficina principal de la Aseguradora y/o sus sucursales debidamente establecidas, o bien, por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de prima de la Aseguradora; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Aseguradora

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Tomador y/o Asegurado durante los primeros treinta (30) días naturales posteriores a la emisión de la Póliza o del Certificado Individual de Cobertura, siempre y cuando no se haya afectado ninguna cobertura, se devolverá el cien por ciento (100%) de las Primas que hayan pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las Primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran Primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá lo cobrado de más. Si se realizó el pago total de la Prima de forma adelantada, únicamente procederá la devolución de las Primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de Primas no devengadas, la misma se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la cancelación por parte del Tomador y/o Asegurado.



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

6.3 PERÍODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima, la Aseguradora le concede al Asegurado y/o Tomador un Período de Gracia de sesenta (60) días naturales que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en el Certificado Individual Cobertura y la Solicitud de Seguro. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Aseguradora acepta el riesgo de forma expresa y por escrito.

6.4 DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso de que proceda la devolución de Primas, la Aseguradora seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza, dependiendo de la modalidad de pago de prima acordada:

- Modalidad Contributiva: La devolución de primas bajo esta modalidad la realizará la Aseguradora al Tomador y al Asegurado en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
- Modalidad No Contributiva: La devolución de primas bajo esta modalidad la realizará la Aseguradora únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de Primas, deberá ser reclamada en las oficinas de la Aseguradora diez (10) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

Cláusula 7. PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ATENCIÓN DE SINIESTROS

7.1 PLAZO DE RESOLUCIÓN Y REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO

El Asegurado, Beneficiario o Tomador, deberá dar aviso del siniestro a la Aseguradora al número de teléfono **(+506) 4101-0000** o al correo electrónico: gestiones@iseguros.cr. Para solicitar el pago de cualquier indemnización, se deberá presentar los requisitos que se establecen en esta cláusula, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el siniestro.

El plazo señalado en esta cláusula es el establecido por la Aseguradora para verificar las circunstancias del siniestro y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presentara con posterioridad a este plazo se deberá demostrar la ocurrencia del siniestro aportando los mismos requisitos que se solicitan en la presente cláusula.

Cuando la Aseguradora revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al Asegurado en un plazo no mayor de cinco (5) días naturales.

El Asegurado, Beneficiario o Tomador, tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Aseguradora para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

a. REQUISITOS GENERALES

- ✓ Formulario de reclamación proporcionado por la Aseguradora, completo y firmado por el Asegurado.
- ✓ Documento de identidad del Asegurado, y Beneficiarios cuando corresponda.
- ✓ Original del Certificado de Nacimiento del Asegurado;

b. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL

- ✓ Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado. En caso de que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente o apostillada, según corresponda;
- ✓ Original y copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

- ✓ Copia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio forense sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre;
- ✓ Si el Asegurado no falleció en el lugar del Accidente, copia certificada del historial clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente hasta el momento de su fallecimiento.

c. PARA LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL:

- ✓ Original y copia del historial clínico.
- ✓ Original y copia de la declaratoria o protocolo de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).
- ✓ Cuando la invalidez se haya originado en un Accidente, el Asegurado o su representante deberá presentar adicionalmente:
 - El parte de la policía o del Juzgado competente, donde se indique claramente la participación del Asegurado en el Accidente.
 - Copia completa de la sumaria extendida por la autoridad judicial competente, que contenga la descripción de los hechos y las pruebas del laboratorio sobre alcohol (OH) y tóxicos en la sangre.

No se tramitará ninguna solicitud de reclamación con los requisitos incompletos. Será responsabilidad de la Aseguradora disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de la información recibida.

La Aseguradora se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el Asegurado presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo. Cuando se determine que la procedencia del reclamo sea válida y corresponda una indemnización, la Aseguradora ejecutará dicha indemnización en un plazo de quince (15) días naturales.

d. COBERTURA DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y DE AMBULANCIA TERRESTRE PARA EMERGENCIAS

El solicitante deberá comunicarse al número **(+506) 6040-4001**. En dicho número también podrá solicitar informes actualizados de los proveedores que forman parte de la red de la Prestadora de Servicios.

7.2 DECLINACIÓN Y REVISIÓN DEL RECLAMO

Declinación: En aquellos casos que proceda la declinación del reclamo, la Aseguradora lo comunicará por escrito al Asegurado, así como cualquier resolución o requerimiento que emita referente a la tramitación del reclamo.

Revisión: El Asegurado podrá solicitar la revisión ante la Aseguradora. Para que dicha revisión proceda, deberá presentar su solicitud por escrito y aportar las pruebas correspondientes. En caso de que la reciba el Tomador, éste la remitirá a la Aseguradora en un plazo máximo de dos (2) días hábiles luego de recibida y la Aseguradora deberá resolver dicha solicitud de revisión de reclamo en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la recepción de dicha solicitud.

Cláusula 8. VIGENCIA PRÓRROGA Y TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.

8.1 VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la presente Póliza será de un año a partir de la fecha de contratación. Se entiende que esta Póliza es prorrogable automática e indefinidamente por períodos iguales, salvo que el Tomador exprese por escrito lo contrario con anticipación a la fecha de vencimiento del período.

El Tomador podrá solicitar modificaciones a la Póliza, que serán aplicables a partir de la prórroga, la solicitud deberá realizarse por escrito a la Aseguradora. La Aseguradora tendrá un plazo de treinta (30) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la solicitud de modificación, para analizar la solicitud y si considera que ésta procede, la incluirá a la Póliza por medio de un anexo, de lo contrario en el mismo plazo la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

del rechazo de la solicitud. En caso de que la modificación genere la obligación de pagar una prima, el Tomador deberá realizar el pago correspondiente dentro del período de gracia antes indicado.

En caso de que se lleven a cabo modificaciones a las condiciones de la Póliza, la Aseguradora lo comunicará a los Asegurados con treinta (30) días naturales de anticipación a la modificación, para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Aseguradora podrá apoyarse con el Tomador para este fin, pero será la responsable de que todos los Asegurados sean notificados por el medio que cada uno haya autorizado.

El Tomador y los Asegurados deben informar su domicilio a la Aseguradora, así como los cambios de domicilio que realicen, para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo precedente.

8.2 VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

La vigencia de la cobertura para cada Asegurado será de un año y figurará en el Certificado Individual de Cobertura. En cualquier momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza se podrán incluir o retirar Asegurados. En todo caso, la cobertura opera únicamente a partir de la fecha de su aceptación, previo cumplimiento a satisfacción de la Aseguradora de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza, así como el pago de la prima correspondiente dentro del período de gracia.

Esta Póliza operará a base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros acaecidos durante la vigencia de cada aseguramiento individual, aún si el reclamo se presenta después de terminada dicha vigencia, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza.

8.3 TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta Póliza se tendrá por terminada cuando se presente alguna de las siguientes condiciones:

- a. A solicitud expresa y por escrito del Tomador.
- b. Por falta de pago de la prima, de conformidad con el artículo 37 de la Ley N°8956.

En caso de que se lleve a cabo la terminación anticipada de la Póliza, el Tomador le comunicará a los Asegurados con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la terminación, para que estos ejerzan las acciones que estimen pertinentes. La Aseguradora cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de Terminación Anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la Terminación Anticipada de la Póliza.

8.4 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La Aseguradora se obliga a notificar al Asegurado, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o anular el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Las coberturas indicadas en esta Póliza terminarán automáticamente para el Asegurado cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a. A solicitud expresa y por escrito del Asegurado.
- b. Cese la condición que lo hace ser parte del grupo asegurable.
- c. Fallezca el Asegurado.
- d. El Tomador solicite la baja del Asegurado.
- e. La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

- f. Por falta de pago de la prima, de conformidad con el artículo 37 de la ley N°8956.

Cláusula 9. CONDICIONES VARIAS.

A. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Esta póliza corresponde a un seguro colectivo del ramo de accidentes, en la línea de muerte por accidente que podrá ser contratado exclusivamente por el Tomador a su sola discreción bajo la modalidad contributiva y no contributiva.

B. ELEGIBILIDAD

Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que como mínimo reúnan los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que formen parte del Grupo Asegurable del Tomador (ii) No estar Incapacitado Total y Permanentemente al momento de ingreso como Asegurado en la Póliza; (iii) Que al momento de ingresar a la póliza **NO TENGA CONOCIMIENTO DE QUE PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES:** ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, alcoholismo, drogadicción, haber sufrido ataques de delirium tremes o de enajenación mental.

C. PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD DE SEGURO

La Solicitud de Seguro que cumpla con todos los requerimientos de la Aseguradora deberá ser aceptada o rechazada por esta dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. Si la Aseguradora no se pronuncia dentro del plazo establecido, la Solicitud de Seguro se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, la Aseguradora deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos (2) meses.

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; Si el Tomador no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso de que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Aseguradora devolverá la Prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

D. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información inicial suministrada a la Aseguradora por el Tomador en el reporte de Asegurados junto con las respectivas Solicitudes de Inclusión de cada uno de los Asegurados, la Aseguradora llevará un registro de Asegurados, y adicionalmente, documentará en dicho registro el número de Certificado Individual de Cobertura que le corresponde a cada Asegurado, y la fecha de cada una sus modificaciones. Este registro de Asegurados será proporcionado al Tomador en la prórroga de la Póliza para que pueda validarlo.

El Tomador será responsable de enviar a la Aseguradora de forma mensual, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el reporte de Asegurados con la siguiente información:

- ✓ El reporte de Asegurados actualizado indicando claramente los ingresos y retiros del grupo asegurado.
- ✓ Las Solicitudes de Inclusión de cada uno de los Asegurados que ingresan a la Póliza debidamente completadas.

E. PLAZO DE NOTIFICACIÓN EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO O ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL

La Aseguradora y el Tomador informarán al Asegurado las modificaciones que correspondan con un plazo de treinta (30) días naturales previos a la fecha de efectividad de la modificación.

Además, la Aseguradora junto al Tomador se obliga a notificar a los Asegurados, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, con al menos cuarenta y cinco (45) días de antelación, a fin de que estén en



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses y, entre otras, puedan ejercer su derecho a que la Aseguradora pague al Tomador.

En ambos casos, la notificación se efectuará por el medio que el Asegurado exprese en el Certificado Individual de Cobertura.

F. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza serán expresados en la moneda que se indique en el Certificado Individual de Cobertura.

Cuando las obligaciones del Asegurado y/o la Aseguradora se cumplan en moneda distinta, se tomará en cuenta el tipo de cambio a precio de venta publicado por el Banco Central de Costa Rica en la fecha en que se emita el pago.

G. RECONOCIMIENTO AL TOMADOR E INTERMEDIARIO DE SEGUROS

La Aseguradora podrá reconocer al Tomador y al intermediario de seguros, en caso exista, una comisión en reconocimiento a los costos incurridos por la gestión de la Póliza y estará establecida en el Certificado Individual de Cobertura. Cuando corresponda, la comisión incluirá todos los costos incurridos por el Tomador por la gestión de la Póliza, aún los costos indirectos para aquellos casos donde el grupo asegurable decida optar por otro seguro.

H. TRASPASO O CESIÓN

La Aseguradora no reconocerá traspaso o cesión alguna que de sus derechos sobre el seguro haga el Asegurado o Tomador.

I. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de la Aseguradora prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.

J. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta Póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, la Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales.

K. REPOSICIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de destrucción, extravío o robo o extravío de esta Póliza o de un Certificado Individual de Cobertura, según el caso, será repuesta por la Aseguradora, previa solicitud escrita del interesado..

L. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA

Aseguradora emitirá un Certificado Individual de Cobertura que el Tomador entregará al Asegurado como constancia de ingreso al seguro, indicando la fecha de inicio y el límite de la cobertura.

El Certificado Individual de Cobertura estará en vigor y la cobertura podrá ser reclamada únicamente cuando esté incluido en el listado de Asegurados que el Tomador enviará periódicamente a la Aseguradora. La Aseguradora no será responsable por cualquier reclamo referente a un Asegurado que no haya sido incluido por el Tomador en el listado de Asegurados.

M. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIONES

Le corresponde a la Aseguradora resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

N. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada a la Aseguradora tanto por el Tomador como por el Asegurado será de carácter confidencial y no podrá ser revelada a terceros, salvo autorización escrita por parte del Asegurado en lo que refiere a su información, o ante requerimiento de la autoridad competente.

O. CONTROVERSIAS

Todas las divergencias que surjan bajo esta Póliza, en relación con la indemnización a pagar, podrán ser sometidas de común acuerdo entre las partes para su solución de acuerdo a alguno de los procedimientos (mediación, conciliación o arbitraje) previstos en la Ley de Resolución Alternativa de Conflictos y Promoción de la Paz Social N° 7727 de 9 de diciembre de 1997.

P. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en la Solicitud de Seguro o Certificado Individual de Cobertura, según sea el caso. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a correo electrónico.

Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio, estos deberán ser notificadas a la Aseguradora quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en la Solicitud de Seguro o Certificado Individual de Cobertura por medio de anexo.

En caso de que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Aseguradora procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las comunicaciones del Tomador o Asegurado a la Aseguradora que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas en Trejos Montealegre, Escazú, ubicadas 400 metros al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Banco General 4to piso.

El Tomador, el Asegurado o los miembros del grupo asegurable podrán realizar consultas y recibir asesoría sobre las condiciones de esta Póliza al número de teléfono (+506) 4101-0000 y al correo electrónico gestiones@isegueros.cr o bien al sitio web www.isegueros.cr/ donde podrá obtener la información necesaria.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P19-57-A07-736 de fecha 06 de septiembre de 2017.



SEGUO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

DEBER DE INFORMACIÓN PREVIA A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO SEGUO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

Mediante el presente documento se procede a informarle al Tomador y/o Asegurado, previo a la adquisición del seguro o la inclusión en el mismo, sobre la información de la Aseguradora y el Contrato de Seguro.

1. INFORMACIÓN RELATIVA A LA ENTIDAD ASEGURADORA

- 1.1. Aseguradora:** Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A.
- 1.2. Dirección de oficinas centrales:** 300Mts Oeste de Tony Romas, Edificio Stewart Title, 4to Piso, San Rafael Escazú.
- 1.3. Teléfono:** (+506) 4101-0000.
- 1.4. Correo electrónico:** gestiones@iseguros.cr
- 1.5. Página web:** www.iseguros.cr
- 1.6. Registro ante la Superintendencia General de Seguros:** N° de Licencia A07, puede verificar en la dirección www.sugese.fi.cr
- 1.7. Calificación de riesgo:** AA-, otorgada por Fitch Ratings con fecha 28 junio 2024, lo que significa que Adisa, cuenta con una Capitalización adecuada con un ISC robusto y holgado que brinda una adecuada solvencia, debido a su perfil de negocio moderado y con una posición competitiva.
- 1.8. Tratamiento de los datos de carácter personal:** La información proporcionada por el Tomador y/o Asegurado a Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A. será almacenada con las medidas de protección de datos necesarias. Solo los colaboradores y/o proveedores debidamente autorizados de Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A., así como sus socios comerciales y miembros del grupo al que pertenece la Aseguradora, tendrán acceso a la base de datos, quienes están comprometidos a cumplir con las políticas de confidencialidad y protección de datos establecidas. La recopilación de información tiene como objetivo principal la celebración del contrato de seguro, la creación de un perfil económico, o la oferta de productos o servicios adicionales que puedan resultar de interés para el Tomador y/o Asegurado. Estas acciones pueden ser llevadas a cabo tanto directamente por Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A. como por terceros debidamente autorizados, respetando las políticas de protección de datos.
- 1.9. Procedimiento y resolución de quejas:** En caso de que el Tomador y/o Asegurado vea afectados sus derechos o exista una reclamación sobre la interpretación del contrato de seguro, tendrá derecho a acudir en primera instancia ante la Aseguradora, ya sea por correo electrónico a gestiones@iseguros.cr o presentándose de forma física a la oficina central de la Aseguradora. Agotada la instancia anterior puede recurrir al Centro de Defensa del Asegurado (CDA), al teléfono (+506) 2291-0315, correo: clienteseguros@aap.cr. Agotada la instancia del CDA podrá interponer la queja ante la SUGESE, al correo sugese@sugese.fi.cr o al teléfono (+506) 2243-5108 de la central telefónica. En el caso de reclamación, podrá acudir a la instancia judicial o arbitral según acuerden las partes.



SEGUO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

2. INFORMACIÓN RELATIVA AL CONTRATO DE SEGURO

- 2.1. **Nombre del producto:** Seguro Colectivo de Accidentes Personales Saldo Multiplicado.
- 2.2. **Código de registro:** P19-57-A07-736.
- 2.3. **Categoría, ramo y línea:** Categoría Personales, ramo de Accidente y línea de Muerte por Accidente.
- 2.4. **Riesgos amparados:** En caso de que el asegurado sufra un accidente, estará protegido por las siguientes coberturas: Cobertura de Fallecimiento por Causa Accidental y Cobertura Adicional de Incapacidad Total y Permanente. Además, el seguro ofrece un servicio de asistencia.
- 2.5. **Modalidad de Contratación:** El seguro podrá ser contratado de manera contributiva y no contributiva.
- 2.6. **Período de Cobertura:** La Póliza cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia.
- 2.7. **Vigencia y Prórroga:** La Póliza tiene una vigencia de un año contado a partir de la fecha de su contratación y será prorrogable automática e indefinidamente por periodos iguales salvo que el Tomador exprese lo contrario con anticipación a la fecha de vencimiento. Dadas las características de la Póliza, la vigencia de la cobertura de cada Asegurado será de un año a partir de su inclusión y figurará en el certificado individual de cobertura.
- 2.8. **Delimitación geográfica:** Las coberturas garantizan protección en todo momento, dentro y fuera del país. El servicio de asistencia brinda protección únicamente dentro del territorio del país.
- 2.9. **Descripción de las Coberturas:**

2.9.1. Cobertura Básica de Fallecimiento por Causa Accidental

En caso de que el Asegurado fallezca por o en un Accidente, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, una suma igual al Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito personal del Asegurado registrada en el Certificado Individual de Cobertura, multiplicado por el "factor de multiplicación" definido en el mismo Certificado Individual de Cobertura según el plan contratado por el Asegurado. El Saldo de la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito que se utilizará como referencia, debe de ser certificado por el contador público autorizado del Tomador de la Póliza, con el saldo contable debidamente acreditado al momento del fallecimiento del Asegurado.

La presente Cobertura estará limitada la Suma Asegurada mínima y máxima establecidas expresamente en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura.

Esta Cobertura la pagará la Aseguradora a los Beneficiarios, siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el evento generador del fallecimiento del Asegurado haya sido en forma directa un Accidente, que el Accidente ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido. Para efectos de la presente Póliza, se entenderá como Fallecimiento por Muerte Accidental aquel que ocurra durante



SEGUO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

la vigencia de la Póliza y a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del Accidente generador del fallecimiento. **En todo caso, la Aseguradora descontará de la suma a pagar por esta Cobertura cualquier adelanto realizado al Asegurado como resultado del mismo Accidente y por conceptos relacionados con cualquier cobertura o beneficio adicional contratado.**

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente la CLÁUSULA de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" establecida en la presente Póliza.

2.9.2. COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso que el Asegurado sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total y Permanente, debidamente diagnosticada por un Médico especialista, la Aseguradora le ADELANTARÁ al Asegurado de la Cobertura Básica de Fallecimiento por Causa Accidental, una suma igual al valor del Saldo en la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito personal del Asegurado registrada en la Solicitud Certificado Individual de Cobertura, multiplicado por el "factor de multiplicación" definido en el Certificado Individual de Cobertura según el plan contratado por el Asegurado. El Saldo de la Cuenta Bancaria o Tarjeta de Crédito que se utilizará como referencia, debe de ser certificado por el contador público autorizado del Tomador de la Póliza como el saldo contable debidamente registrado al momento del Accidente que produjo la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.

La presente Cobertura estará limitada a la Suma Asegurada mínima y máxima establecidas expresamente en el Certificado Individual de Cobertura.

Esta Cobertura la pagará la Aseguradora, mediante cuatro (4) pagos trimestrales iguales y consecutivos, debiendo realizarse el primer pago al cumplirse tres (3) meses de diagnosticada la Incapacidad Total y Permanente y siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el evento generador de la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado haya sido en forma directa un Accidente, que el Accidente ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido. Una vez la Aseguradora haya pagado el cien por ciento (100%) de esta indemnización, se cancelará automáticamente la totalidad del seguro para el Asegurado afectado.

Para que el pago de la presente cobertura proceda, el Asegurado deberá continuar en la misma condición de Incapacidad Total y Permanente en la fecha en que corresponda realizar cada uno de los cuatro (4) pagos correspondientes a esta Cobertura. **Si el Asegurado fallece durante el período de pago de las mencionadas cuotas trimestrales, la Aseguradora procederá al pago de la cuota o cuotas restantes para esta Cobertura a los Beneficiarios Designados por el Asegurado y terminará el seguro para todas las coberturas.**

En caso de Siniestro, el Asegurado o su representante deberá completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente, y siempre que el Asegurado permanezca vivo e incapacitado total y permanentemente durante el período en el que procede el pago de los cuatro (4) pagos.

2.9.3. COBERTURA DE SERVICIO DE ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA Y DE AMBULANCIA TERRESTRE PARA EMERGENCIAS MÉDICAS

Durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado, su cónyuge/conviviente o sus hijos dependientes menores de veintiún (21) años que vivan permanentemente con el Asegurado, contarán con los siguientes servicios:



SEGUO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

4. **Servicio de Orientación Médica Telefónica:** Este servicio será ilimitado durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que el Asegurado pueda plantear sus consultas sobre alguna dolencia o padecimiento. Queda entendido que el servicio se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Los gastos en que incurra el Asegurado correrán por su cuenta.
5. **Servicio de Referencias Médicas:** En caso que el Asegurado requiera **información de contacto** de profesionales en medicina o especialistas, laboratorios, centros de diagnóstico, clínicas y hospitales, previa solicitud telefónica, la Aseguradora proporcionará dicha información a nivel nacional, siempre y cuando la Aseguradora cuente con la información de los prestadores de servicios requeridos por el Asegurado. Queda entendido que la selección del médico o centro hospitalario, coordinación de cita y costos, correrán por cuenta propia del Asegurado, así mismo los honorarios del médico que atienda al Asegurado y cualesquiera otros gastos médicos en que se incurra, serán pagados por el Asegurado con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. La Aseguradora únicamente se limita a proporcionar al Asegurado las referencias de contacto de los profesionales en medicina definidos en el primer párrafo, en los términos aquí precisados, sin que dichas referencias constituyan ningún tipo de aval o recomendación por parte de la Aseguradora.
6. En caso que el Asegurado sufra un Accidente o Emergencia Médica, la Aseguradora gestionará uno de los siguientes servicios o asistencias en caso que el Asegurado así lo solicite:
 - iii. **Atención médica a domicilio por un Médico general.** Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) visitas médicas a domicilio durante el año de vigencia de la Póliza. El tiempo de respuesta para este tipo de atención médica dependerá de la disponibilidad de los médicos generales, así como la ubicación geográfica del Asegurado, por lo cual deberá consultar previamente el tiempo estimado de atención.
 - iv. **Traslado Médico Terrestre Por Accidente o Emergencia Médica:** En caso que el Asegurado sufra un Accidente provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas requieran hospitalización, o tenga alguna emergencia médica derivada de una enfermedad grave y repentina, la Aseguradora -previa autorización- gestionará y cubrirá el servicio de traslado privado en ambulancia terrestre hasta el centro hospitalario más cercano, dentro del territorio de la República de Costa Rica, siempre y cuando exista la infraestructura privada que lo permita, en caso de no existir, la Aseguradora coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos más cercanos. Esta cobertura de servicio no excederá de dos (2) servicios de traslado médico terrestre durante el año de vigencia de la Póliza.

2.10. Exclusiones:

Se entenderá que no existe cobertura y por ende obligación por parte de la Compañía cuando el Accidente del Asegurado sea causado por, durante o como consecuencia de:

- z. Una enfermedad de cualquier tipo o clase.
- aa. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de solicitar su inclusión como Asegurado; o la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico, con anterioridad a la fecha de la solicitud de inclusión del Asegurado a la Póliza.
- bb. Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.
- cc. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección,



SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

- sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- dd. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica, o producidas por los Rayos X, Gamma, alfa, beta, láser, por exposición al Radio (Ra), Uranio (U), Francio (Fr), Plutonio (Pu), o a cualquier materia radioactiva similar, rayos catódicos o similares, o como consecuencia de la acción repetida de los mismos.
 - ee. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.
 - ff. Suicidio o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
 - gg. La ejecución del Asegurado en cumplimiento de condena a pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, incluyendo la violación de una norma, mandato o Ley en calidad de autor o cómplice.
 - hh. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;
 - ii. Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.
 - jj. Acciones realizadas por o bajo los efectos de la malaria, fiebre intermitente, tifus exantemático, fiebre amarilla o similares, ataque de epilepsia, síncope, enfermedad del sueño, trastorno del sueño, parasomnia, sonambulismo o noctambulismo, o los efectos que sobrevengan al Asegurado debido a su perturbación mental.
 - kk. Infección bacteriana.
 - ll. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
 - mm. Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.
 - nn. La realización o participación en una de las siguientes actividades o deportes: minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, navegación en submarinos, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta, parapente, monta a caballo, equitación, justas hípicas, toreo público o privado, artes marciales, boxeo, lucha libre o grecorromana, tiro al blanco o cacería con arma de fuego o de aire comprimido, o tiro al blanco o cacería con arco, surfing o deslizamiento en tabla sobre olas marinas o nieve, esquí acuático o de nieve.
 - oo. Viaje en cualquier vehículo para navegación, aérea o artefacto mecánico para los mismos fines, o al caerse del mismo o dentro del mismo o mientras estuviese operando o manejando tal vehículo o artefacto, a menos que, al ocurrir el Accidente, el Asegurado viajare como pasajero con boleto pagado, en avión de una compañía comercial debidamente autorizada y en viaje de itinerario entre aeropuertos establecidos.
 - pp. Su participación como piloto o como pasajero en prácticas o carreras de velocidad o de resistencia, o concursos en vehículos a motor en tierra, mar o aire, sean estas legales o ilegales.
 - qq. Su participación en competencias de apnea, estrangulamiento o ahorcamiento de cualquier tipo y de cualquier parte de su cuerpo, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
 - rr. Su participación en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
 - ss. Su participación en cualquier disciplina deportiva en calidad de profesional.
 - tt. La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, guarda de seguridad, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo sean estos a sueldo o de forma voluntaria.
 - uu. Intoxicación o envenenamiento por ingesta de productos químicos, naturales o artificiales para el mantenimiento de desórdenes en la alimentación tales como pero no limitados a: bulimia, dibulimia, anorexia, ortorexia, vigorexia o megarexia.
 - vv. El desempeño de su trabajo en fábricas, depósitos o almacenes de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos, u otras donde se utilicen sustancias combustibles, gasolina, tóxicas del petróleo o gas.



SEGUO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

- ww. Realización de labores de fumigación agrícola aérea o terrestre.
- xx. Acciones en las que por sentencia judicial en firme se haya declarado a uno de los beneficiarios o herederos legítimos como homicida del Asegurado.

De ocurrir un siniestro por alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura, y por ende se producirá la terminación del seguro para el Asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía. Conforme a lo anterior, y por su naturaleza colectiva, esta Póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás asegurados que forman parte del grupo asegurado.

2.11. Requisitos para ser Asegurado: Son elegibles para ser Asegurados bajo esta póliza, aquellas personas que como mínimo reúnan los siguientes requisitos de elegibilidad: (i) que formen parte del Grupo Asegurable del Tomador (ii) No estar Incapacitado Total y Permanentemente al momento de ingreso como Asegurado en la Póliza; (iii) Que al momento de ingresar a la póliza **NO TENGA CONOCIMIENTO DE QUE PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O CONDICIONES:** ceguera, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, alcoholismo, drogadicción, haber sufrido ataques de delirium tremes o de enajenación mental.

2.12. Prima y procedimiento para su pago: Si la Modalidad del Pago de la Prima correspondiente a esta Póliza se establece por las partes como Contributiva, el Tomador y el Asegurado acordarán la proporción de la Prima que cada uno ha de pagar; esta proporción estará indicada en el Certificado Individual de Cobertura. Si la Modalidad del Pago se establece como No Contributiva, el Tomador de la Póliza pagará la totalidad de la Prima. Sin perjuicio de la Modalidad de Pago de la Prima, la responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Tomador.

Todo pago a realizarse por el Asegurado deberá hacerse según la forma, periodicidad y por el medio de pago automático indicados en el Certificado Individual de Cobertura. Todo a realizarse por el Tomador deberá efectuarse en la oficina principal de la Aseguradora y/o sus sucursales debidamente establecidas, o bien, por transferencia electrónica de dinero directamente a las cuentas bancarias establecidas por la Aseguradora para tal fin.

2.13. Procedimiento en caso de siniestro: El Asegurado, Beneficiario o Tomador, deberá dar aviso del siniestro a la Aseguradora al número de teléfono **(+506) 4101-0000** o al correo electrónico: gestiones@iseguros.cr. Para solicitar el pago de cualquier indemnización, se deberá presentar los requisitos que se establecen en esta cláusula, en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de ocurrido el siniestro.

2.14. Procedimiento en caso de requerir un servicio de asistencia: El solicitante deberá comunicarse al número **(+506) 6040-4001**. En dicho número también podrá solicitar informes actualizados de los proveedores que forman parte de la red de la Prestadora de Servicios.

2.15. Causas de terminación de la Póliza: La Póliza terminará anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- c. A solicitud expresa y por escrito del Tomador.
- d. Por falta de pago de la prima, de conformidad con el artículo 37 de la Ley N°8956.

En caso de que se lleve a cabo la terminación anticipada de la Póliza, el Tomador le comunicará a los Asegurados con cuarenta y cinco (45) días de anticipación a la terminación, para que estos ejerzan las



SEGUO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SALDO MULTIPLICADO

acciones que estimen pertinentes. La Aseguradora cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

- 2.16. Causas de terminación del aseguramiento individual:** El aseguramiento individual terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:
- A solicitud expresa y por escrito del Asegurado.
 - Cese la condición que lo hace ser parte del grupo asegurable.
 - Fallezca el Asegurado.
 - El Tomador solicite la baja del Asegurado.
 - La Aseguradora compruebe la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en esta Póliza.
 - Por falta de pago de la prima, de conformidad con el artículo 37 de la ley N°8956.
- 2.17. Derecho de respuesta:** El Asegurado tiene derecho a que la Aseguradora le responda, en un plazo máximo de treinta (30) días naturales, toda solicitud, petición o presentación de reclamo.
- 2.18. Derecho de retracto:** Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción, siempre y cuando no se haya hecho uso de las coberturas del seguro; Si el Tomador no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza.
- 2.19. Prescripción:** Las obligaciones de la Aseguradora prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.

Asegurado

Tomador

Compañía Internacional de Seguros Filial IS-CR S.A.